

事前相談の際に、本書面に必要事項を記入のうえお持ちください。

障害児通所支援事業所開設事前相談票

(宛先) 京都市長

法人名 (*)	
事業所名	
開設事業区分 (*)	☐ 児童発達支援 ☐ 居宅訪問型児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援
開設予定地 (*)	区
開設希望日	年 月 日
定員 (児童部分)	(児童発達支援 名程度 放課後等デイサービス 名程度) 定員計 名
添付書類 (*)	☐ 開設予定地の地図 (開設予定場所がわかるもの) ☐ 物件の平面図 (面積基準を満たしていることがわかるもの) ☐ 検査済証等 (耐震基準を満たしていることがわかるもの)
担当者名	
連絡先	
【その他連絡事項、現在開設中の障害福祉サービス等がありましたら御記入ください】	

※ 本書面は、事業所の指定をお約束するものではありません。

※ 次の場合は再度事前相談を行う必要があります。

- ・ 事前相談後、上記記載事項のうち (*) の項目に変更が生じた場合
- ・ 指定申請がないまま、開設希望日から6箇月が経過した場合



京都市子ども若者はぐくみ局

子ども若者未来部子ども家庭支援課 (発達支援担当)

(TEL 075-222-3937)

相談日：令和 年 月 日

担当者：